

論文

新しい総合事業の事業対象者にかかる費用負担の現状

—— 介護保険料段階区分と給付費実態調査を踏まえて ——

石 原 千 鶴

〔抄 録〕

日本の介護保険は、2000年4月から5番目の社会保険として施行されている。その後、成立当初より抱えた多くの問題に加え、負担と給付の問題に関して、何回も改正を重ねてきた。特に2017年4月からは、要支援2以下の軽度者に対して、従来は保険給付として提供されていた訪問介護と通所介護のサービスが、地域支援事業の中にある介護予防・日常生活支援総合事業（以下、新しい総合事業と表記）の一部に組み込まれた。この新しい総合事業の問題点は、「負担あって給付なし」ともいえる軽度者の給付外しによる保険事故と保険給付にかかる社会保険の関係性が曖昧にされたことにある。

本論文は、協力を得られたA市の事業対象者の介護保険料にかかるデータとサービス給付費実績にかかるデータから、新しい総合事業の事業対象者の負担と給付の実態について、基準日から1年の経年調査を踏まえ、事実分析をすることにより、軽度者の負担と給付の問題を言及し、新しい総合事業の政策評価を行うものである。

キーワード：新しい総合事業、介護保険、介護予防、事業対象者

は じ め に

介護保険法（平成9年法律第123号。以下、強調するときを除き、「法」と表記）が施行されて今年で20年が経過した。介護保険法は、老人福祉と老人医療に分かれている高齢者の介護に関する制度を再編成し、「誰もが直面する介護の問題を、社会全体で支えるしくみ」として1997年に公布、2000年4月に施行された。法の規定により、国民は介護予防に努めることと、共同連帯の理念を受け、費用を公平に負担する義務を負っている。同時期には、従前の在宅高齢者保健福祉推進支援事業を整理し、2000年からは介護予防・生活支援事業が始まった⁽¹⁾。2006年の法改正で予防重視型システムに転換されると、要介護認定区分（以下、事業対象者も含み「介護度」と表記）も6段階から7段階になり、介護予防がより意識付けられた。さらに2017年に

は、要支援（以下、要支援の状態区分を示すときは「支」と略す）1と支2の訪問介護と通所介護のみが地域支援事業へ移行し、保険給付ではない事業施策として実施されるようになった。

介護保険は、医療や年金と同様、40歳以上の国民に対して強制保険であるため、介護保険料（以下、強調するときを除き、「保険料」と表記）を納付している。特に、65歳の誕生月から第1号被保険者は、住民票を置く市町村（保険者）が決めた保険料を納付するため、地域格差がある。この第1号被保険者に、今では要介護等認定を受けず、基本チェックリストを回答すれば事業施策を受けられるようになったが、年金が生活の基本収入源である高齢者にとって、年金額に地域格差がないのに、保険料に地域格差があるということは、負担はかなり大きくなる。

まして、サービスを利用するには所得に応じて1割から3割の利用者負担がある。介護度が軽度であれば保険給付で受けられるサービスが少ない。自費対応での利用が求められる混合医療ならぬ混合介護が可能である。これらは、契約中心のシルバービジネスによる民間参入の競争市場により、貧富の格差と地域格差を生み、高齢者の生活に大きな影響を及ぼすことになる。

第1章 本論文の視点と明らかにしたい問題点

第1節 本論文の視点と用語の捉え方

1. 本論文の視点—調査の目的と方法—

本論文では、主として介護保険制度の中の地域支援事業のうち、新しい総合事業について着目する。新しい総合事業は、2015年に成立し、経過措置期間を経て、2017年4月に全保険者で実施され、翌2018年に完全移行になった新しい制度である。これは新設というより、従来は介護予防の中で政策的課題となっていた軽度者の自立について、新たな枠組みで強化するものといえる。具体的には、保険者毎に多様化するサービス提供を裁量権により可能にした。さらに、ボランティア等の参入を認め、地域で切れ目なく医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築⁽²⁾を目指し、お金をかけずに自立を勧めて介護卒業を促し、給付費用を抑制しようとしている。そのため、以下の点を中心に述べる。

第1章では本論文の視点と先行研究を踏まえて明らかにしたい問題点を述べ、第2章では制度の歴史的概略を示す。第3章では、2019年6月25日を基準日とし、A市において新しい総合事業の有効期限がある事業対象者308人を抽出し、介護度、性別、年齢、保険料段階区分、徴収方法、課税年金収入額、給付費額、利用者負担額、公費負担の有無について、基準日と翌年6月25日時点の経年データを比較分析する。第4章ではその分析結果から、新しい総合事業の負担と給付の問題、さらには介護保険制度における制度的課題について言及する。

2. 用語の捉え方—老いと介護と介護予防—

今日、介護の対象として問題になっているのは、主として高齢者である。しかし、「古い」の

定義ほど曖昧なものはない⁽³⁾。つまり、生物学的には、人が生殖機能を失った後に加齢とともに起こる様々な衰退現象を老化といい、感覚的には、自分が「老いた」と思ったときから「老人」になり、その後を「老後」というのが、一番正確な定義に近い。加齢は自然摂理であって避けられない運命と今までの医学では考えられてきた⁽⁴⁾が、「誰もが罹患している進行を遅らせることのできる死亡率100%の病気である」という遺伝子でコントロールされた一連の生命現象にすぎないとする人も出ている⁽⁵⁾。人の最長寿命は約120歳と言われているが、誰しも30歳を過ぎると10年ごとに約5%前後の割合で筋量が減少し、60歳を超えるとその減少率は加速することが報告されている⁽⁶⁾。その上で、心身ともに健康であるということは、一朝一夕で作られるものではない。すなわち、健康な老後を迎え、健康であり続けるためには生涯を通じて、それぞれのライフステージに応じた適切な健康づくりを各自が行っていかなければならない⁽⁷⁾。

1965年の国勢調査で初めて65歳以上が「老年」とされた。しかし、「老い」という概念は暦年齢では描けない、個々の思想や意思を含めた主体的な概念である。また、老いという事実は、誰にでも起こりうる生態的リスクであり、それに伴って支援や介護が必要になるのは、加齢によって健康上のハイリスクを持つようになるだけであって、自然の理にすぎない。

また、介護の概念についても定説はない。介護保険法において、この「介護」を「予防する」ということは、「病院等にも行かずに健康である」ということではない。老いによる介護の必然性は前提としつつ、「保険・福祉制度を利用しながら、家族や近隣住民の支え合いも受けて、自立した生活を送る」という意味である。つまり、もともと核家族化や介護期間の長期化、介護する家族の高齢化などの問題により、「社会全体で支え合うしくみ」を作り出したのが介護保険である。本論文では、「老い」「介護」「介護予防」は抽象的概念としてとらえ、制度上で「介護予防」または「予防給付」という場合には、「軽度者における支援」として捉えることとする。

第2節 先行研究と本論文で明らかにしたい問題点

1. 先行研究

メディアや論文で紹介される新しい総合事業の代表事例で、地域特性と保険者の裁量権は多岐にわたっている。例えば、大阪府大東市⁽⁸⁾の「大東元気でまっせ体操」では、「本当に高齢者に難しく、事故があった時の補償もすべて個人という考えにびっくりしました」との感想もある。また、三重県桑名市⁽⁹⁾の「桑名いきいき体操」も、「介護保険を卒業して地域活動にデビューすること」を目標としていた。そして、長崎県佐々町と山梨県北杜市⁽¹⁰⁾は、事業開始数年前からボランティアの参入準備等を行い、要介護認定率が低下した例が紹介された。さらに、埼玉県和光市⁽¹¹⁾は、行政の組織体制を充実させ、介護卒業の実施例を紹介している。

代表事例を踏まえ、先行研究で取り上げられる新しい総合事業の主たる問題点は、次の2点である。まず1点目は「費用負担」であり、2点目は「受給権の保障」である。前者はさらに2つにわけられ、①サービス利用の有無に関係ない「第1号被保険者の介護保険料」と②サービ

ス利用者が負担する「給付にかかる費用負担」である。

①については、今まで給付費削減をすることで保険料の増額を抑えるために、抑制や選別を中心とする改正が行われてきた。例えば、要介護（以下、要介護の状態区分を示すときは「介」と略す）2以下では福祉用具貸与の品目が制限され、あるいは介3以上でないと特養入所ができないという選別による利用の抑制がある。特に2017年4月までに新しい総合事業に移行される支1と支2の訪問介護と通所介護の給付費は、保険者の裁量権により廉価になれば、確かに給付費抑制効果がある。その上で、新しい総合事業の事業費には上限がある。しかし、これだけでは介護保険料の増額抑制効果はわずかであり、それ以上に高齢者の所得に対する負担をはるかに超えて上昇し続ける介護保険料の設定にかかる構造は、介護保険最大の問題である。それよりも、抑制された費用の中で、より効果的な介護予防事業を行う方が限界といえる。

②については、介護保険以前は応能負担の高齢者福祉制度で対応していたため、無料でのサービス利用者もいた。しかし、2000年の介護保険導入からは、所得が無くても必ず1割の応益負担となり、2015年8月からは2割負担者が、2018年8月からはさらに3割負担者がいる。

その上、2005年以降は、負担中心の見直しが続いている。例えば、補足給付は改正を重ねて、今では本人及び家族全員が非課税であることを前提に、戸籍上の夫婦の有無や1人につき1,000万以下の預貯金等の資産保有（夫婦なら2,000万円以下）でなければ該当せず、「経済的な理由で必要なサービスが利用できない高齢者が増大すること」を伊藤・日下部が指摘している⁽¹²⁾。また、支払いが困難な親族に対する金銭援助については、それだけでも扶養義務者としての役割は十分果たしていると言えるが、ある程度自立性を持ち、限られたサービスでやっていける世帯が利用しているだけで、真にサービスの必要な世帯が利用していない実態があるように思えると河合・小川も論じ、現行の費用負担の重さを指摘している⁽¹³⁾。

次に「受給権の保障」については、地域支援事業が介護保険の給付制度ではないので、市町村の予算の範囲内で設定される以上、全国一律の内容（質と量）が保障される介護給付と予防給付と違って、訪問型と通所型のサービスは、受給権が保障されるわけではない。この予防給付から新しい総合事業に移行された日常生活に欠かせないゴミ出しや買い物といったサービス提供やリハビリ等は、専門職でなくても提供可能と判断されている。山崎は、「新しい総合事業の取組みは保険者本来の仕事である、地域づくりにつながるもの」と述べ、これらの費用を効率化すると、保険料の増額を抑制し、その分、重度の介護サービスの内容を充実することや、介護保険制度の持続可能性を高めることにつながるとも指摘している⁽¹⁴⁾。しかし、自治事務が増え、相談機能が地域包括支援センター（以下、「包括センター」と表記）へ移っている保険者に対して、サービス提供を地域住民やボランティア等の無資格者に協力を仰ぎ、地域での事業展開を推奨する以上、従来の専門職によるサービス提供と比較して、質の低下は免れない。さらに統計上も、新しい総合事業の申請に移行して要介護等認定を行わない例や死亡した例は、申請数や費用負担も計上されず、削減したように見える。つまり、本当の意味で介護予防が実現

されたのかを検証するには、個別に調査しなければわからないものであるのに対して、そのような先行研究はなく、所得に対する費用負担の関係を検討しているものほとんどない。

2. 本論文で明らかにしたい問題点

新しい総合事業の大きな問題点は、負担あって給付なしともいえる改正内容によって、軽度者の給付外しによる保険事故と保険給付にかかる社会保険の関係性が曖昧にされたことにある。給付が外された軽度者の、特に低所得の人に対して、権利保障がどうなるのか、費用負担の増大が日々の生活にどう影響し、尊厳が確保できる生活を保障できるのかと課題は多くある。

そもそも国が、介護予防を国民の義務として位置づけ、給付費削減を目的として予防給付の一部を新しい総合事業へ移行した以上、本来であれば完全移行をする前に、新しい総合事業を利用した場合としなかった(従来の介護予防サービスを利用し続けたものを含む)場合とで、介護度等身体状況の改善、維持及び悪化の動向を比較し、移行することが適切かどうかの政策評価をしなければならなかったといえる。しかし、今は、新しい総合事業へ完全移行してしまった以上、これらの比較がなされないまま、多くの要支援者が主として利用していた2つのサービスは保険給付から切り離されてしまった。そのことが、本当の意味で介護予防からの改善を可能にするのか、また給付費削減につながるのかという問題を検証するには、介護度を指標とし、経年経過を通して「個別」に分析するしか方法はない。なぜなら、当該事業が保険者への裁量権を特徴とする以上、同じ保険者の中でも、利用者の生活圏域で差が出ることを想定すると、完全な比較検証は限界といえるからである。このことを踏まえて、本論文では、その限界を超えるために「個別」の状況に立ち入った分析を行い、かつ個人あるいは世帯の負担能力にも注目して費用負担との関係も取り上げ、新しい総合事業の政策評価を行う。

その第一歩として、本論文では、利用者が望むサービスを利用するために、どれだけの負担がかかっているのかに対して、2020年9月に行ったA市における介護保険料段階区分と給付費実態調査をもとに、「個別」分析を通して、以下の3つの問題点を明らかにする。

まず、介護保険料の問題を取り上げる。大半が特別徴収による納付義務を負う中、年金収入に地域格差がないにもかかわらず、性別及び年齢別で所得がどの程度違うのか、その変化の要因は何か、家族構成等まで範囲を広げて現状を検証する。次に、国の推奨する介護予防の具現化事業としての新しい総合事業を利用することが「介護卒業」につながったのかを検証する。方法は、2019年6月と2020年6月の介護度の変化を比較する⁽¹⁵⁾。最後に、利用サービスの種類、数、利用者負担額、所得に対する必要経費としての介護保険料及び利用者負担額の割合等も調査・分析し、軽度者がどのようなサービスを必要としているのかについて検証する。

この3点を取り上げて、事業対象者でサービス提供を受けている人の負担と給付の関係を明確にし、介護保険法の社会保障としての在り方と新しい総合事業の実施にかかる評価を行うものである。

第2章 新しい総合事業の成り立ち

第1節 介護保険の変遷

1. 創設時

2000年4月からスタートした介護保険制度は、加齢による病気等で介護や日常生活の支援が必要な人について、社会保険方式を採用して介護サービスを提供する仕組みである。介護保険法は、自助を基本として、第4条に規定される介護が必要な状態となることを予防するために健康の保持増進に努めるとともに、介護が必要な状態となった場合には介護サービスを利用して、自立した生活のために、能力を維持し、向上させることを目的として謳っている。さらに、国民の共同連帯の理念に基づき、社会全体で解決するために、費用を公平に負担する義務を負うことが明記されている⁽¹⁶⁾。法公布の構想は1994年から始まり、創設理由は、①高齢化の進行に伴う要介護高齢者の増大、②家族の介護機能にかかる基盤の弱体化と介護負担の増大、③従来の老人福祉制度と老人医療制度の限界、④介護費用の増大に対応した新しい財源の確保の必要性、という4つが挙げられた。その後、社会保険制度として持続可能なものとするために、何度も改正されてきた。特に、費用負担と介護予防を大きく改正したのは2005年である⁽¹⁷⁾。

2. 2005年改正

2005年改正⁽¹⁸⁾の柱は、①明るく活力ある超高齢社会の構築、②制度の持続可能性、③社会保障の総合化の3点である。具体的には、予防重視型システムへの転換が図られ、軽度者の大幅な増加と軽度者に対する状態改善への対応として、新予防給付と地域支援事業が創設された。

この改正で、地域包括ケアが登場し、高齢者の状態変化に応じて切れ目なくサービスが提供される体制を整備するために、高齢者の生活を支える役割を果たす機関として包括センターが設置された。この包括センターには、主任介護支援専門員（以下、「介護支援専門員」を「ケアマネ」と表記）、保健師、社会福祉士が必置とされた。2008年4月末、全国で3,976か所が1,657保険者によって設置され、35.4%にあたる1,409か所は、保険者直営で運営された⁽¹⁹⁾。

3. 2011年改正

地域全体で支える体制が不十分であり、負担と給付のバランスを確保することが課題とされた。そのため、①日常生活圏域において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現、②給付の効率化・重点化などを進め、将来にわたって安定した持続可能な制度の構築という2点が柱とされた。また、要支援者・二次予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援総合事業が創設された。これは、地域支援事業の中で、多様な人材や社会資源の活用等を図りながら、介護予防や配食・見守り等の生活支援サービス等を総合的に提供する事業とされた。

4. 2014年改正

先の総合事業から現行の新しい総合事業に改正された。これは第2節で詳説する。

5. 2017年改正

高齢者の自立支援と介護度の重度化防止、地域共生社会の実現を図り、制度の持続可能性を確保することに配慮し、必要なサービス提供の実施を謳った。大きな柱は、地域包括ケアシステムの深化・推進と介護保険制度の持続可能性の確保の2点である。

第2節 地域支援事業の変遷

1. 創設時

地域支援事業は、必須事業と任意事業に分かれる⁽²⁰⁾。必須事業には、介護予防事業と包括的支援事業の2つがある。実施にあたっては高齢者のニーズや生活実態を把握した上で継続的・総合的にサービスを提供することとされている。当時の財源構成は、介護予防事業という「被保険者の要介護状態・要支援状態にならないように予防すること」を目的とした事業に関しては、介護保険給付抑制効果を考慮して、国25%、都道府県・市町村それぞれが12.5%、第1号被保険者の保険料19%、第2号被保険者の保険料31%という居宅介護サービスの保険給付費と同じ割合であるが、包括的支援事業と任意事業については、国40.5%、都道府県・市町村それぞれが20.25%であり、保険料は第2号被保険者分を除く、第1号被保険者分19%を当てている。現在の第1号被保険者の保険料は23%に増加し、それに伴って公費割合は減少している。

介護予防事業は、心身の状況の改善のみを目指すだけではなく、在宅で生きがいのある生活と生活機能全般の維持・向上が図られるように、地域住民の協力を得て、包括センターが保険者と連携して行うものである。そして、全高齢者を対象とした「一般高齢者施策（ポピュレーションアプローチ）」と「特定高齢者施策（ハイリスクアプローチ）」に分けられる。事業の呼び名では、前者を一次予防、後者を二次予防と呼び、介護予防の保険給付は三次予防と呼ばれていた。特に特定高齢者施策は、対象者の選定が必要なため、65歳以上の全住民に対し、生活機能評価として、問診、身体計測、理学的検査、血圧測定、循環器検査、貧血検査、血液化学検査を実施し、生活機能が低下しているか判定した。その上で、情報収集を行い、基本チェックリストと双方の結果により、①運動器の機能向上、②栄養改善、③口腔機能の改善、④閉じこもり予防・支援、⑤認知症予防・支援、⑥うつ予防・支援のいずれかの介護予防プログラムへの参加を推奨されると判断された人に「特定高齢者」の決定を行って、二次予防事業が行われた。この対象者は、高齢者人口の5%を目安とし、要介護認定非該当者及び支1、支2、さらに介1へ移行する人を、概ね2割削減見込としていた。特定高齢者は、対象者毎の課題分析によって通所型予防事業を中心とした実施形態が組まれていた。特にうつ病や認知症などのおそれがある人には訪問型予防事業として居宅訪問を行い、相談にのるといった施策も重要視された。

2. 2014 年改正

2014 年の法改正は、社会保障制度改革推進法、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律、そして地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律の成立を受け、地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化をねらいとして「地域支援事業の充実」が図られた。

その内容は、①在宅医療・介護連携の推進、②認知症施策の推進、③地域ケア会議の推進、④生活支援サービスの充実・強化等が盛り込まれた。ここで従前の予防給付のうち、訪問介護と通所介護を 2017 年度末までに保険者が地域の実情に応じて多様な取り組みができる地域支援事業へ移行する「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」が創設された。これは 2012 年度に導入した介護予防・日常生活支援総合事業を発展的に見直したものである。

この介護予防事業の見直し理由は、①参加目標を高齢者人口の 5%としながら、2012 年度の直近実績データは 0.7%であること、②対象者把握の費用が介護予防事業費全体の約 3 割であること、③活動的な状態維持のための「通いの場」の創出が不十分であること、④基本チェックリストの未回答者には、閉じこもり等の要支援者が含まれていることなど、費用対効果の問題が指摘されたことが挙げられる⁽²¹⁾。そのために一次予防事業と二次予防事業を区別せず、地域の実情に応じた「効果的かつ効率的な介護予防」の取り組みを推進するために、もともと地域支援事業内の通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業を介護予防・生活支援サービス事業として実施し、そこに支 1 と支 2 の予防給付の中にあった訪問介護と通所介護を移行させてきたのである。

第 3 節 新しい総合事業に求められるもの

新しい総合事業に求められるものとは何か。それは何よりも、誰もが住み慣れた地域でいつまでもどんな状態になろうとも尊厳ある生活ができるように支援することである。そのためには、必ず「地域へ戻る」ことを意識して、利用者の多様なニーズに応じたサービス提供ができるように保険者はサービスを類型化し、それに合わせた単価や基準を定める必要がある。それに伴って、受け皿としての地域包括ケアシステムの構築、地域共生社会の実施、地域の底上げといった地域の構造上の問題に対して取り組む必要がある⁽²²⁾。

しかしながら、この新しい総合事業の創設は、保険者が要支援者サービスの提供を、地域支援事業として行うという「要支援者を保険給付から外すための布石」の役割も担っている。そして、これは介護保険設立当初から決まっていたといえる。軽度者本人の申請が前提だが、軽度者の一定のサービスを地域支援事業に移すことは、介護保険の給付費を抑制するとともに、軽度者を保険給付から外すことにほかならない。それゆえ「事業対象者」の判定には細心の注意が必要である。

第3章 事業対象者の実態—介護保険料段階区分と給付費の実態調査—

第1節 介護保険料段階区分の実態調査

A市より事業対象者として2019年6月25日現在で、それまでに基本チェックリストを行い、有効期限があるとして登録されている308人分と、1年後の2020年6月25日現在の427人分のデータ提供を受けた。ここでは、標本として両基準日に共通する308人を使用する。

表1 A市における2019年度と2020年度の介護保険料率と年額保険料の一覧

保険料段階区分	対象となる人の条件	保険料の調整率	年額保険料 (単位:円)	備考
第1段階	生活保護受給者、高齢福祉年金受給者で市民税非課税の人、本人及び世帯全員が市民税非課税で、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が年間80万円以下の人	基準額×0.355	27,500	2019年度
		基準額×0.280	21,690	2020年度
第2段階	本人及び世帯全員が市民税非課税で、本人の課税年金収入額と合計所得金額が年間80万円を超え、120万円以下の人	基準額×0.6	46,480	2019年度
		基準額×0.475	36,800	2020年度
第3段階	本人及び世帯全員が市民税非課税で、第1段階・第2段階以外の人	基準額×0.725	56,170	2019年度
		基準額×0.700	54,230	2020年度
第4段階	本人が市民税非課税、かつ世帯の中に市民税課税者がいる人で、本人の課税年金収入額と、合計所得金額の合計が年間80万円以下の人	基準額×0.875	67,780	消費税10%への増額で保険料が変わった人は、第1段階から第3段階の本人及び世帯全員が市民税非課税の人のみ
第5段階	本人が市民税非課税、かつ世帯の中に市民税課税者がいる人で、第4段階以外の人	基準額×1.000	77,470	
第6段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間120万円未満の人	基準額×1.200	92,960	
第7段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間120万円以上、200万円未満の人	基準額×1.300	100,710	
第8段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間200万円以上、250万円未満の人	基準額×1.500	116,200	
第9段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間250万円以上、300万円未満の人	基準額×1.700	131,690	
第10段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間300万円以上、500万円未満の人	基準額×1.800	139,440	
第11段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間500万円以上、750万円未満の人	基準額×1.900	147,190	
第12段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間750万円以上、1,000万円未満の人	基準額×2.100	162,680	
第13段階	本人が市民税課税で合計所得金額が年間1,000万円以上の人	基準額×2.300	178,180	

※ A市が使用する「介護保険料のお知らせ(リーフレット)」を参考に加筆修正

筆者作成

表1は、A市における2019年度と2020年度の保険料を示している。低所得層の第1段階から第3段階が改定されたのは、2019年10月の消費税増税によるものである。第7期介護保険事業計画期における保険料の県内高額ランキングは25保険者中8位であった。A市は、人口約30万人で、第1号被保険者数は2020年6月末現在で81,303人である。新しい総合事業は2017年4月から施行した。基準日を6月としたのは、施行後2か月程度で、制度移行後の影響が少なくなるという保険者判断による。データ提供を受けた日を基準日とし、1年後でどのように対象者

が増加したか等、負担と給付の関係を考察する。

また A 市を選択した理由は、厚生労働省の業務分析データでも全国と比較して一般的な保険者であることが判明していること（詳細は本章第 3 節参照）、政令指定都市以上の大都市や極端な過疎地域でもなく、山間部も海もあり、豪雪地帯等の気候的な特徴や離島等の地理的特徴がないこと、当該県内において標本数が一番多いことが挙げられる。介護保険料段階区分と給付実績の調査は、2020 年 9 月に A 市の保有するシステムデータより対象者 1 件毎に拾い上げ作業を実施した。なお、本研究における倫理的配慮については、本研究の趣旨を説明した上で A 市に口頭及び書面にて依頼し、データ提供の諾否は A 市の方針に従い、協力拒否も可能な旨を伝え、保険者として了承いただいた範囲内のデータ提供によるものについてのみ検証し、個人情報に関しては匿名化する等、十分に配慮して調査及び表記等を行っている。

1. 事業対象者の基礎データ

事業対象者の性別と年齢について示したのが図 1 と図 2 である。これは、全標本数 308 人の性別内訳と年齢内訳になるが、圧倒的に女性が多く、年齢層も 80 歳代が多い。このかなり高齢の人たちに、国は介護予防を重視して介護卒業できるように自立を促していることになる。今後の分析において、これらの年齢相応の状態が 1 年後、どのように変化するかといったことを念頭において分析する。

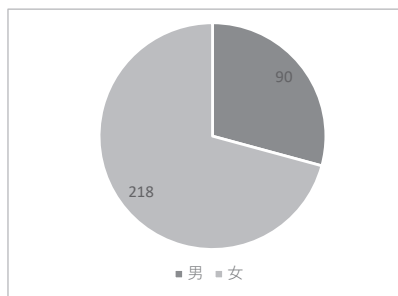


図 1 性別割合

筆者作成

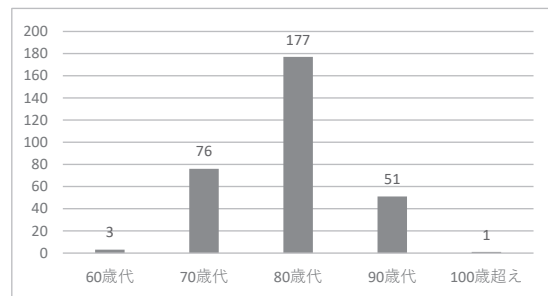


図 2 年齢（全体）

筆者作成

基礎標本 308 人の性別で分けた男性標本と女性標本で、さらに年齢比較を行ったのが図 3 と図 4 である。今回の標本では、最低年齢の 67 歳も最高年齢の 104 歳も男性という結果が出た。そして、女性の最低年齢は 70 歳で最高年齢は 96 歳であった。これらの対象者は軽度者にあたる層であり、男性は年齢層にバラツキを生じ、女性は 80 歳代に支援が必要になることがわかった。これは、配偶者の入院等の時に、生活支援の有無、協力者の有無、経済面等の支援に、性差があると推察できる。また基準日から 1 年経過後には、31 人が死亡している。

ここでいう事業対象者とは、本人の申請により 25 項目の基本チェックリストに回答させ、その回答内容がリスク判定（表 2）のいずれかに該当した人のことをいう。

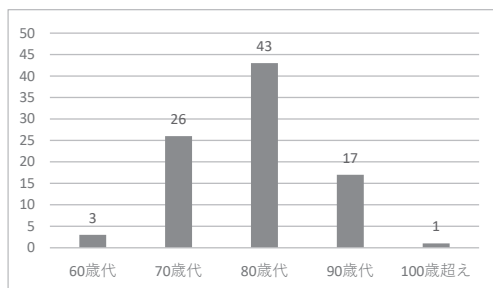


図3 年齢(男性)

筆者作成

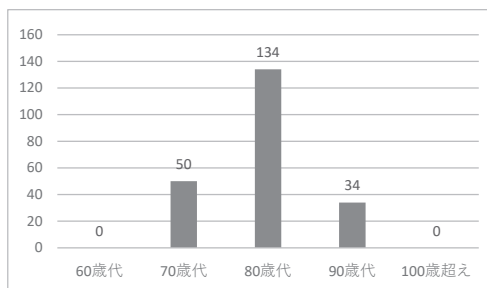


図4 年齢(女性)

筆者作成

表2 基本チェックリストのリスク判定内容

①No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当→複数の項目に支障がある場合
②No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当→運動機能の低下
③No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当→口腔機能の低下
④No.16～17の2項目のうちNo.16に該当→閉じこもり
⑤No.18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当→認知機能の低下
⑥No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当→うつ病の可能性
⑦No.11～12の2項目すべてに該当→低栄養状態

※平成27年6月5日付け老発0605第5号(厚生労働省老健局長通知)『介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン』参照。

※本論文への基本チェックリストの掲載は省略。

筆者作成

2. 介護保険料段階区分に関する調査結果

介護保険料段階区分に関する調査は、基礎標本308人のうち、2019年6月から2020年6月のいずれか又は両方にサービス提供実績があった232人を調査対象とし、2019年度以前に死亡したため2020年度には保険料が賦課されなかった3件を除く229人を調査した。

最低段階は第1段階であり、生活保護受給者も含まれている。また、最高段階は10段階であった。この232人において、納付書や口座振替による普通徴収は3人で、年度途中で普通徴収から特別徴収へ納付方法に変化があった人は5名であり、特別徴収は221人であった。

表3 保険料段階変更状況(減額)

2019→2020 賦課年度での変更段階	マイナス差額(単位:円)	件数
1 → 0	27,500	5
3 → 0	56,170	1
7 → 0	100,710	2
4 → 1	46,090	10
5 → 2	40,670	4
5 → 3	23,240	1
7 → 3	46,480	1

筆者作成

表4 保険料段階変更状況(増額)

2019→2020 賦課年度での変更段階	プラス差額(単位:円)	件数
生保1 → 3	26,730	1
9 → 13	46,490	1
1 → 8	88,700	1
3 → 6	36,790	2
2 → 7	54,230	1
3 → 8	60,030	1
2 → 5	30,990	1

筆者作成

表3と表4は、2019年に所得変動あるいは、2018年に世帯構成に変化があったため、段階区分が変動した件数の減額と増額である。表3に示す減額の大きな理由は、順に、本人死亡が8件、配偶者死亡が5件、本人所得の減が1件と続く。表4に示す増額の原因の多くは、土地家屋を処分したのか不動産売買である。この場合、当該年度1年間だけ高額の保険料となるが、翌年は元の低額の保険料に戻る。この賦課基準日は毎年度4月1日なので、年度途中で課税の子ども世帯と同居していた場合、生計が別であることを理由に世帯分離をしても、当該年度1年は高額の保険料を払わなければならない。このような形で賦課に差を生じた場合、仮徴収額と本徴収額で大きな差が生じる。この差を是正するために保険者裁量で行われるのが「平準化」という措置である。しかし、全国の1,578保険者で、2017年6月から平準化を行ったのは637保険者（40.4%）、同年8月からは730保険者（46.3%）であった⁽²³⁾。

表5 課税年金収入額の件数一覧表

課税年金収入額 ※	件数	課税年金収入額 ※	件数
0円	11	1,500,001～180万円	8
1～50万円	20	1,800,001～200万円	8
500,001～80万円	61	2,000,001～250万円	12
800,001～100万円	32	2,500,001～300万円	17
1,000,001～120万円	26	3,000,001～400万円	11
1,200,001～150万円	19	4,000,001円以上	4

※本調査は、あくまで課税収入の有無による所得状況調査を行っているため、非課税年金である「障害年金」と「遺族年金」は含まないが、介護保険料の特別徴収には、2006年から対象年金とされている。

筆者作成

次に、課税年金収入額は表5のようになった。男性の最高額は4,775,517円に対し、女性の最高額は3,093,085円であった。しかし、年金が0円という人も11人で、生活保護受給者も含まれている。年金から保険料を払い、さらに利用料を応益負担しなければならない実態がどれだけ厳しいかが明確になった。

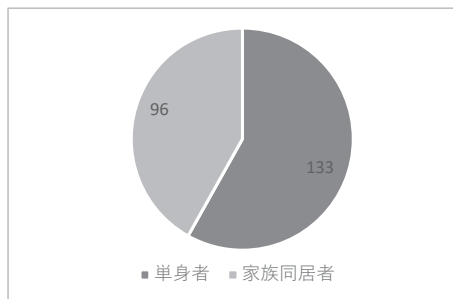


図5 家族構成人数割合

筆者作成

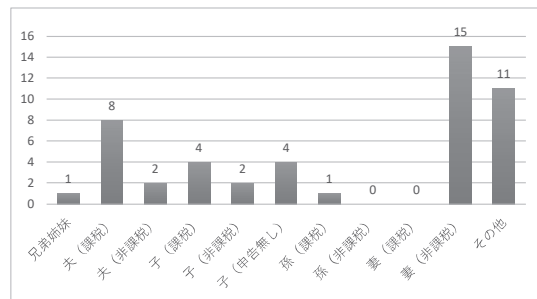


図6 2人世帯の同居者別人数

筆者作成

また、図5では世帯構成の状況調査を行った。結果は、単身者が半数以上を占める実態である。さらに、図6では、同居者が2人世帯の場合、他者は誰なのかを調査した。ここで顕著

なのは、課税の夫に扶養される非課税の妻という実態である。ということは、妻の保険料は必ず表1で示す第4段階以上となり、本人の年金収入がない場合は世帯主である夫に責任がかかってくる。そして、社会構造上、高齢者の単身世帯と高齢者のみの夫婦世帯が大半を占めることが、この新しい総合事業の事業対象者にもいえることが調査で明確になった。

第2節 給付費の実態

1. 介護度の改善・維持・悪化の状況

介護保険料段階区分の調査対象者 232 人に対する給付費実態を調査した。給付費は介護度によっても利用者負担額が変わるため、新しい総合事業の効果も兼ねて、両基準日における介護度を比較して、介護度が下がるか認定を受けなかった「改善」、介護度に変化がない「維持」、介護度が上がった「悪化」に関してまとめると、表6のようになった。

表6 要介護度の変化状況表 (2019 → 2020)

2019年6月25日の状況①		2020年6月25日の状況②		同左①		同左②		同左①		同左②	
純 事業対象者 ※「純」とは、要介護認定を受けず、「純粹に事業対象者認定のみ」という意味で取扱う。	139	上がった(悪化)	53	介1	24	上がった(悪化)	6	介4	4	上がった(悪化)	1
		同じ(維持)	80			同じ(維持)	15			同じ(維持)	1
		下がった(改善)	6			下がった(改善)	3			下がった(改善)	2
支1	36	上がった(悪化)	10	介2	9	上がった(悪化)	2	介5	1	上がった(悪化)※	0
		同じ(維持)	25			同じ(維持)	5			同じ(維持)	0
		下がった(改善)	1			下がった(改善)	2			下がった(改善)	1
支2	15	上がった(悪化)	4	介3	4	上がった(悪化)	0	合計	232	上がった(悪化)	76
		同じ(維持)	11			同じ(維持)	1			同じ(維持)	138
		下がった(改善)	0			下がった(改善)	3			下がった(改善)	18

※要介護5の「上がった(悪化)」は障害者福祉サービスの追加利用者を計上する。

筆者作成

介3以上の人で改善例は、骨折入院等による入院・手術直後の介護度が、状態安定とリハビリ等によって改善したものであり、新しい総合事業の目的通り、サービス提供を受けて改善したとは完全にはいえない。その点を踏まえ、調査結果は、1年の経過によって維持・悪化が多く、改善した例は一部にとどまると分析できる。

2. 給付種類の調査結果

表7は、給付種類数の増減について調査した結果である。これは、表6に集計した総合計で悪化数と改善数に着目し、かつ対象者の給付種類数が2019年6月サービス提供分と2020年6月サービス提供分の比較により、増減ごとに介護度がどう変化したかを計上している。

サービス種類の増減の中には2019年度だけサービス利用をしたものや、2019年6月を過ぎてからサービスを開始した人もあった。それは単純に前者を減、後者を増として計上している。

表 7 要介護度の変化状況別利用サービス種類の増減表

サービス種類数の状況		左表のうち介護度等の状況	
減	26	改善	4
		悪化	6
増	64	改善	2
		悪化	39

筆者作成

国が示すようにサービスを利用して改善するというよりは、悪化したからサービスを増やすという実態が多かった。さらに、サービス量が減り、改善した4件は、全員が死亡によりサービスを利用しなくなったという結果であった。このことは、国の目指す目標と高齢者の加齢に対する生態的身体状況の変化による事実が伴っていないという結果の現れと判断できる。

表 8 要介護度の変化とサービス種類数の増減に基づく形態別利用者状況一覧表

形態	サービス種類の変化 ※ 1	介護度の変化 ※ 2	男女 比	年 齢	利用者 負担額状況 (単位：円) ※ 3	割合 (単位：%) ※ 4	保険料段階 ※ 5	備考
減 改善	21 ①, A6 ①, A2+A6 ①, A2 ① ※ 2020 年度全員利用なし	0 ①, 支 1 ①, 介 3 ② ※ 2020 年度全員 認定なし	男③ 女①	76- 87	1,384 円 - 23,781 円	1.23 - 12.04	1 ②, 7 ① 賦課なし①	生保①
減 悪化	11, 67 各① A2, A6 各② ※ 2020 年度全員利用なし	0→支 1 ③, 2→5	男① 女⑤	77- 96	270 円 - 2,063 円	△ 60.4 - 3.37	1 ③ 3・4・5 各①	
増 改善	11→11+78×2 A2→11×2	2→支 1, 3→1	女②	80- 84	1,384 円 - 2,520 円	1.2 - 1.23	3・7 各①	
増 悪化	0→11, 0→11+17+16, 0→11+16, 0→11+17+13+31 0→15 ②, 0→11+15+21+13, 0→15+17+78, 0→A6 ④ 0→17+77, 0→21, 0→33+31, 0→67, 0→78 ②, 0→52, 11+78→15+17+31, 17→15+17, 15→15+17, 35→11+17+31, 78→17+78, A2→11+15+78+13 A2→11+17 ②, A2→11+17+78, A2→A2+67 A2→11×2+17+31, A2→A2+A6, A6→11+15+17 ② A6→11+15, A6→A6+34, A6→78+13, A6→A6+63 A6→A6+67, A7→17+78,	0→支 1 ⑧, 0→支 2・5 各① 0→1 ⑨, 0→2 ②, 0→3 ④ 支 1→支 2・1・2・3 各① 支 1→4 ②, 支 2→4 1→2 ③, 1→3・4 各① 2→4, 4→5	男⑭ 女⑮	69- 98	870 円 - 21,462 円	0.39 - 39.62	1 ⑪, 2 ⑤ 3 ④, 4 ⑦ 6 ③, 7 ⑨	生保②

※※ この表内の○で囲った数字は「人数」を示す。ただし、「1人」の場合は省略する。

※ 1 種類の数字は、介護報酬時の介護給付費単位数等サービスコード通りとする（11 訪問介護、A2 訪問型、15 通所介護、A6・A7 通所型、16 通所リハ、66 予防通所リハ、13 訪問看護、63 予防訪問看護、21 短期入所生活介護、17 福祉用具貸与、67 予防福祉用具貸与、31 居宅療養管理指導、34 予防居宅療養管理指導、33 特定施設入所者介護、35 予防特定施設入所者生活介護、77 看護小規模多機能型居宅介護、78 地域密着型通所介護）。サービスコード直後の「+」は、前者のサービス種類に加えて追加しているサービス種類があることを示す。「× 2」は同一種類のサービスを 2 事業所で利用していることを示す。「0→」は「2019 年 6 月サービス利用なし」を示す。

※ 2 0 は「事業対象者」を示し、要支援を「支」、要介護は「介護度の数字のみ」として表記する。

※ 3 生活保護受給者の利用者負担額「0 円」を除いた最低金額から表記する。

※ 4 割合(%) = 利用者負担額 ÷ [(2020 年度介護保険料賦課算定基準額の課税年金収入額 - 当該年度介護保険料額) ÷ 12 か月] × 100 により算出した数値を計上している。

※ 5 「賦課なし」とは、賦課算定基準日において「死亡していた」ため、保険料算定がなかったことを示す。 筆者作成

次に、表7をさらに詳細に調査した結果が、表8になる。事業対象者として有効期間がありながら、要介護認定等申請を行い、申請日に遡りして要介護等認定が決定された人も、今回の調査対象者に含まれるため、2019年6月の介護度が介1以上の人が存在しているが、これは保険者の決定によるタイムラグとして、有効標本としている。

A市は、形態別で見てもサービス種類の変化が各種存在することを鑑みれば、基本的には訪問介護・通所介護・福祉用具貸与を主としながらも、多様化するサービス提供を実施していると判断できる。ただし、生活保護を除き、利用者負担割合に関しては、年金収入がない人が利用者負担をすれば、年金収入額に対してマイナスとなり、個人の貯蓄か、家族縁者の支援が必要になる。また、月額年金額の10%を超える負担をしている場合、利用者への経済的負担は免れない。これは、人の生命に関わる人権問題といえる。介護度が悪化している例を見ると一番多いのが、事業対象者だった人が1年後に介1になった人、次いで支1になった人と続いている。これは、前者が認知症の発症、後者は転倒等による身体機能の悪化が原因であることがわかっている。福祉用具貸与の内容は、介護度が悪化した人に至っては特殊寝台（付属品を含む）が一番多く、次いで手すり、歩行補助つえ、歩行器、車椅子という順であった。このレンタル種類の利用種別を見ても、高齢者の加齢に伴う生態的身体状況の変化により、利用しなくてはならなくなる福祉用具というものが明確である。今後、貸与種目において介護度による利用制限がなされるならば、さらに高齢者の尊厳を損なう社会保険制度に堕ちてしまうことになる。

第3節 実態調査の検証結果

今回の調査は、介護保険料と給付費の実態調査を事業対象者等新しい総合事業の事業施策を受ける人に限って行った。そこで浮かび上がってきた特徴として、①女性が多い、②80歳代を過ぎた人に介護予防を強いている、③単身者が多い、④課税年金収入額から判断して低所得層が多い、⑤課税夫と非課税妻の構成も多くて、夫が死亡した場合は妻の保険料がかなり下がる、⑥新しい総合事業を利用して改善し、介護卒業を達成できた事例はないことが挙げられる。

これらを明確にするために本調査を行ったが、A市においては全国的に見ても平均的な保険者であることが業務分析データからわかっている。例えば、新しい総合事業に完全移行した2018年度の全国の高齢化率が28.1%の時、A市は28.5%であった。その人口構成として、全国の65歳以上人口に占める①75歳以上人口及び②85歳以上人口の割合は、①49.7%と②15.5%であり、A市は①が51.8%、②が16.9%であった。また、第1号被保険者の認定率として、認定者に占める支1・支2・介1といった軽度認定者の割合は、全国が47.9%であったのに対し、A市は49.5%であった。これらから得た標本は、一般化できる要素を含むことを示し、日本の社会全体で高齢化が進み、単身女性が多くなる傾向はあるとはいえ、同様の結果が本調査においても示されたということは、本調査の結果を一般論として検証できるものと判断できる。そのため、今後は経年を追って対象者を追跡し、さらに新しい総合事業の検証を行う予定である。

第4章 本論文で明らかになった問題点と制度の限界

新しい総合事業の大きな問題点として挙げた「負担あって給付なし」という実態は、新しい総合事業のみの利用は少なく、軽度者の多くが事業施策に加えて介護予防福祉用具貸与などの保険給付を追加して受けている調査結果から、少なくともA市においてはそうならないような方策が立てられていることは確認できた。しかし、その事業施策によって介護度が改善されたものよりも、維持あるいは悪化したケースが多いことは、事業の運営とサービス提供の内容によって果たして改善がなし得るのか、また、それが現実的なのかという根本的な疑問が生じる。

しかし、老いが避けられない以上、70歳代以上の高齢者に対して自立できるように改善を促すには限界があり、サービス事業者の数の問題や、給付回数に制限があること、ケアマネが作成するケアプランに位置付けられなければ利用できないということを考慮すれば、結局は利用者に対して複雑な制度になっただけであり、介護予防の政策としての限界は明らかである。

これまでの分析で明らかになったのは、介護保険料の問題は、確かに大半が特別徴収により納付しているが、課税年金収入額を見れば、月15,000円以上の年金受給者に対してどこまでの賦課が可能なのか、保険料増額にも限界がある。また、平準化によって仮徴収と本徴収の金額の差の是正を実施していない保険者があるということは、生命の尊厳に関わる問題といえる。

次に、国の推奨する介護予防の具現化事業としての新しい総合事業を利用することは「介護卒業」につながったのかという問題については、「つなげることは難しい」といえる。確かに、給付費は下がったが、それは給付から外れたサービスが、保険者の定めた廉価なサービス利用料になったからであって、実質の介護給付費削減というには無理がある。

最後に、サービス種類は、生活支援を必要とする訪問介護とリハビリ等の機能改善を目指す通所介護（地域密着型を含む）と福祉用具貸与が利用の中心であったことが確認できた。

これらを総合してみると、やはり軽度者と低所得者に対する問題が解決しない限り、新しい総合事業の展望はあり得ない。なぜなら、地域格差を前提として、老いによって身体機能が衰えた高齢者は、保健・医療・福祉のサービスをある程度は受ける必要があり、これらが各人の必要の度合いに応じて基本的に提供され得る環境を確保しなければならないからである。制度が容易に理解できないものは、サービスに空白が生じたり、きめ細かい対応ができなかったりする等の問題が想定できる。単身世帯等で家族が協力できない場合は、誰がそういった支援を行うのかを考慮して、現状を把握し、連携・調整を行っていく必要がある。

当初介護保険創設の頃は、社会システムの中で介護を共同連帯として支援する方向性だったにもかかわらず、今は、地域にその責任を戻し、国や都道府県と実践現場の保険者や地域を支える機関との責任の所在が曖昧になっている。公費だけ支払って後は現場に任せきりのような自助・互助では、本当の意味での地域包括ケアとは言えない。真に国民が求める地域包括ケアとは、いつでも、どこでも、誰でも、必要な医療・保健・福祉が切れ目なく保障される体制と

最後まで安心して暮らし続けられる地域づくりである。その上で、公的給付の使い方を考え、保険料負担を強いる以上、社会保険制度を歪めない高齢者の尊厳を守る施策としての介護保険制度の抜本的改正が必要になる。

日本の社会保障制度の多くは、それぞれの分野ごとに経済や社会情勢の変化に対応して歴史的変遷を経てきた。しかし、その基本部分は第二次大戦終了直後から高度経済成長期にかけて作られたものが多い。介護保険法にせよ、医療や年金、その他の福祉制度等、超高齢社会の到来前に精査することは、日本が安心して暮らせる先進国となるための不可欠な取り組みであり、それらの施策の構築を行うことは、地域の実情を把握した上での国家の最も重要な責務である。

お わ り に

今後も高齢化は多くの問題を抱えたまま2025年、2050年、2075年と進んでいくと予想される。30年を基準にしたライフサイクルの回転が変わるとき、またその時代で新たな問題も生じてくる。介護にかかる問題は他人事ではなく、自分の身にも平等に降りかかるリスクだと気が付き、住み慣れた地域で支え合って生きていくことを忘れてはならない。地域に責任の所在が置かれようとしている今、地域に生きる一人ひとりの対象者を検証し、個々に即するサービス提供の必要性を提起していきたい。今後も、この新しい総合事業の対象者1人1人の実態について調査し、この事業が真に意味を成すのか否か、どうすれば高齢期に住み慣れた地域で安心して生活できるのかを、基本チェックリストの回答内容を踏まえて検証していく所存である。

最後に、この論文作成にあたり、協力いただいたA市の介護保険関係課に深く感謝したい。

〔注〕

- (1) 『介護保険制度の解説（平成11年度・実施準備版）』社会保険研究所，1頁。
- (2) https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/（厚生労働省ホームページ，2020.9.14確認）。
- (3) 長沼行太郎（2006）『嫌老社会 - 老いを拒絶する時代』ソフトバンク新書，25-28頁。
- (4) 田中富久子（2011）『女の老い・男の老い』NHK出版，12頁。
- (5) 坪田一男（2005）「エイジングは治療可能な、少なくとも進行を遅らせることのできる病気である」『アンチエイジング医学』1巻，65-68頁。
- (6) 石井直明，丸山直記（2014）『老化の生物学』化学同人，3頁。
- (7) 厚生省『厚生白書 昭和53年版』大蔵省印刷局，68頁。
- (8) 大東社会保障推進協議会，大阪社会保障推進協議会編著（2018）『介護保険「卒業」がもたらす悲劇』日本機関紙出版センター。
- (9) 最新の紹介では，広報くわな2018.3号を確認。
- (10) 久保英樹・倉田康路（2013）「介護保険制度における介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況と課題」西九州大学健康福祉学部紀要44，67-72頁。
- (11) 宮下公美子，東内京一監修（2015）『埼玉・和光市の高齢者が介護保険を“卒業”できる理由』メ

- ディカ出版（13）河合克義・小川栄二（1993）「地域福祉における費用徴収問題」『社会福祉の利用者負担を考える』ミネルヴァ書房，87-88 頁。
- （12）伊藤周平・日下部雅喜（2016）『新版 改定介護保険法と自治体の役割』自治体研究社，53-61 頁。
- （13）河合克義・小川栄二（1993）「地域福祉における費用徴収問題」『社会福祉の利用者負担を考える』ミネルヴァ書房，87-88 頁。
- （14）山崎康彦監修（2016）『改正介護保険の新しい総合事業のてびき』第一法規，3 頁，13-15 頁。
- （15）ただし，この介護度の調査にあたり，今般，新型コロナウイルスによる影響を大きく受けている。なぜなら，国の通知により，更新申請の場合，訪問調査の実施や主治医意見書の徴取を行わず，1 年間に限り，同一の介護度のまま有効期間を延長する措置を選択する人がいるからである。しかし，明らかに介護度が変化した場合は変更申請等を行うものと考えれば，この臨時措置は有効な調査判断に該当する標本として扱うことができる。本論文上では基準日現在において，コロナ措置における継続介護度であったとしても，介護度の変化に影響がなかったものとして計上する。
- （16）『介護保険制度の解説（平成 13 年 1 月版）』社会保険研究所，6 頁。
- （17）『厚生 の 指 標 増 刊 保 険 と 年 金 の 動 向 vol.66 No.14 2019/2020』211-212 頁。
- （18）『厚生 の 指 標 増 刊 国 民 の 福 祉 と 介 護 の 動 向 vol.66 No.10 2019/2020』166-172 頁。
- （19）[https://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/d3ec13682c2d3634492576dd0020e135/\\$FILE/20100305_3shiryoushiki_2.pdf](https://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/d3ec13682c2d3634492576dd0020e135/$FILE/20100305_3shiryoushiki_2.pdf)（wam ネット ホームページ，2020.9.14 確認）。
- （20）『介護保険制度の解説（平成 18 年 10 月版）』社会保険研究所，30-51 頁，145 頁。
- （21）『介護保険制度の解説（平成 27 年 10 月版）』社会保険研究所，42 頁。
- （22）横山壽一（2013）『皆保険を揺るがす「医療改革」』新日本出版社，125-129 頁。
- （23）平成 30 年 7 月 25 日付事務連絡「平成 29 年度介護保険事務調査の集計結果について」厚生労働省老健局介護保険計画課。

〔参考文献〕

- ・岡崎祐司（2017）「「我が事・丸ごと」をどうみるか-これは「地域共生社会」ではない」『老後不安社会からの転換』大月書店
- ・鏡論（2015）「2015 年介護保険改正と新しい総合事業の構築」『まちと暮らし研究』No.22
- ・鏡論（2015）「介護保険これからの 10 年でできること」『月間介護保険』No.230
- ・日下部雅喜（2014）『2015「改正」介護保険 要支援者外し新総合事業に立ち向かう』日本機関紙出版センター
- ・中村暁（2017）「新しい総合事業の問題点-下流に押し流されるニーズの行方-」『老後不安社会からの転換』大月書店
- ・二本立（2015）『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房

（いしはら ちづる 社会福祉学研究科社会福祉学専攻博士後期課程）

（指導教員：横山 壽一 教授）

2020 年 9 月 30 日受理